

Abrechnungshinweise der KZVS

(Stand: 01.07.2026)

Inhaltsverzeichnis:

1. BEMA-Nr. Ä1	2
2. BEMA-Nrn. Ä925a - Ä925d	3
3. BEMA-Nrn. 28 (VitE), 32 (WK) und 35 (WF)	4
4. BEMA-Nrn. 49 und 50	5
5. BEMA-Nrn. 105 und 107	6
6. BEMA-Nrn. VS, VFK, TZ, 181 Ksl, 182 Ksl	7
7. BEMA-Nrn. IP1 und IP2	9
8. Nachträgliche Abrechnung	10
9. Versichertennummer im Ersatzverfahren	11
10. Abrechnung Sozialämter und AsylbLG	12
11. Vertragszahnärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten, die im Ausland krankenversichert sind	13

1. BEMA-Nr. Ä1

Regressanträge der Krankenkassen gemäß § 106d SGB V zur BEMA-Nr. Ä1

Für die BEMA-Nr. Ä1 „Beratung eines Kranken, auch fernmündlich“ gelten verschiedene Abrechnungsausschlüsse. So ist die Ä1 nicht abrechnungsfähig neben den parodontologischen BEMA-Nrn. ATG, MHU, BEV und UPTb.

Die Krankenkassen stellen zunehmend Prüfanträge gemäß § 106d SGB V für solche Abrechnungsfälle, in denen diese Abrechnungsausschlüsse für die Ä1 nicht berücksichtigt wurden. Im Ergebnis führt dies dazu, dass die Ä1 regressiert wird und das zahnärztliche Honorar für die Ä1 von der Zahnarzt-Praxis zurückgezahlt werden muss.

- ❶ Wurde die Ä1 aber nicht im Zusammenhang mit einer PAR-Behandlung erbracht, sondern der Patient über andere Behandlungsthemen aufgeklärt bzw. beraten, so greift der Abrechnungsausschluss zu den BEMA-Nrn. ATG, MHU, BEV und UPTb nicht. In diesen Fällen sollten Sie im Feld „KZV-interne Mitteilungen“ einen entsprechenden Kurzeintrag vornehmen. Nur so ist dies für uns abrechnungstechnisch erkennbar – und nur so gibt es gute Argumente, die dem Regress-Antrag der Krankenkasse entgegengehalten werden können.
- ❶ Abrechnungstechnisch sollten für die verschiedenen Leistungsbereiche zwei Sitzungen angelegt werden.

(veröffentlicht im MSZ Nr. 11/2024 vom 16.10. 2024 und im MSZ Nr. 12/2023 vom 23.11.2023)

2. BEMA-Nrn. Ä925a - Ä925d

Regressanträge der Krankenkassen

Die Krankenkassen stellen zunehmend Regressanträge gemäß § 106d SGB V für Abrechnungsfälle, bei denen die BEMA-Nr. Ä 925a in einer Sitzung zweimal abgerechnet wird.

Die Leistungslegende stellt klar, dass die BEMA-Nr. Ä 925a für die Anfertigung von ein oder zwei Zahnfilmaufnahmen abrechenbar ist.

Für die Abrechnung der BEMA-Nrn. Ä 925 a-d ist nicht die angewandte Technik (KCH/ZE/PAR/Bissflügel), sondern allein die **Anzahl** der Röntgenaufnahmen dafür entscheidend, welche Unterziffer der BEMA-Nr. Ä 925 zur Abrechnung kommt.

- BEMA-Nr. Ä 925 a ist abzurechnen bei der Anfertigung von ein oder zwei Zahnaufnahmen,
- BEMA-Nr. Ä 925 b ist abzurechnen bei der Anfertigung von drei bis fünf Zahnaufnahmen,
- BEMA-Nr. Ä 925 c ist abzurechnen bei der Anfertigung von sechs bis acht Zahnaufnahmen,
- BEMA-Nr. Ä 925 d ist abzurechnen bei der Anfertigung von mehr als acht Zahnaufnahmen (Röntgenstatus).

Bei unterschiedlichen klinischen Situationen in derselben Sitzung ist die BEMA-Nr. Ä 925a (Rö2) je erbrachter Aufnahme abrechenbar. Dies ist z.B. gegeben vor, während und nach einer Wurzelbehandlung / Stiftaufbau / Zahnentfernung.

- ❗ Wir bitten Sie, bei unterschiedlichen klinischen Situationen bei der KCH-Abrechnung unter „KZV interne Mitteilungen“ einen entsprechenden Vermerk einzutragen.
- ❗ Diese Informationen können dann bei der Abrechnungsprüfung und bei Regressanträgen für Sie eingesetzt werden.

(veröffentlicht im MSZ Nr. 05/2026 vom 29.06.2026)

3. BEMA-Nrn. 28 (VitE), 32 (WK) und 35 (WF)

Implausible Abrechnung endodontischer Leistungen

In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie bitten, zukünftig auf die korrekte Anzahl der jeweiligen Leistungen (VitE, WK, WF etc.) bei der Einreichung zu achten.

Eingereichte Abrechnungsfälle mit implausiblen Leistungszahlen müssen wir leider – aufgrund des damit verbundenen enormen Arbeitsaufwandes – zur Korrektur an die einreichende Praxis zurückgeben.

(veröffentlicht im MSZ Nr. 07/2023 vom 27.07.2023)

4. BEMA-Nrn. 49 und 50

Keine Abrechnung anstelle PAR-Behandlung mehr möglich

Die bisherige Übung einer hilfsweisen Abrechnung von Exzisionen nach den BEMA-Nrn. 49 und 50 zur Behandlung einzelner Parodontien bei Restzahnbestand als konservierend/chirurgische Leistung ist ab dem 01. Juli 2021 (3. Quartal) nicht mehr möglich. Es darf ausschließlich nach den in Abschnitt B, V. der Behandlungs-Richtlinie beschriebenen Regelungen verfahren werden.

(veröffentlicht im MSZ Nr. 03/2021 vom 03.08.2021)

5. BEMA-Nrn. 105 und 107

Gleichzeitige Abrechnung der BEMA-Nrn. 105 und 107

Wir weisen darauf hin, dass eine generelle Kombination der Gebührennummern 105 und 107 nicht zulässig ist. Grundsätzlich gilt, dass ein gleichzeitiger Ansatz zwar möglich ist, jedoch nicht pauschal in (fast) allen Fällen.

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die entsprechende Kommentierung:

„Die Versorgung der durch die Zahnsteinentfernung entstehenden Wunden kann nicht nach BEMA-Nr. 105 abgerechnet werden, sondern ist mit der BEMA-Nr. 107 abgegolten. Wird jedoch gleichzeitig mit der Zahnsteinentfernung eine diagnostizierte Erkrankung der Mundschleimhaut zusätzlich medikamentös behandelt, ist die BEMA-Nr. 105 neben der BEMA-Nr. 107 abrechnungsfähig. (Wiebold/Raff/Wissing, BEMA Der Kommentar, Nr. 107, 2.2)“

Wir bitten diesbezüglich um genaueste Beachtung. In diesem Zusammenhang können Regressanträge bzw. Anträge auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit nicht ausgeschlossen werden.

(veröffentlicht im MSZ Nr. 4/2020 vom 16.12.2020)

6. BEMA-Nrn. VS, VFK, TZ, 181 Ksl, 182 Ksl

BEMA-Nrn. Telemedizin

Nach der Einführung neuer Gebühren im vertragsärztlichen Bereich für die Videosprechstunde mit dem Patienten sowie der Videofallkonferenz mit dem Pflegepersonal der jeweiligen Einrichtungen bei Versicherten mit entsprechendem Pflegegrad oder Eingliederungshilfen und denjenigen Versicherten, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V zahnärztliche Leistungen erhalten, wurden die neuen Leistungen auch in den vertragszahnärztlichen BEMA-Katalog aufgenommen.

Der Bewertungsausschuss hat daher auf der Grundlage des § 87 Abs. 2k SGB V (Pflegepersonalstärkungsgesetz PpSG) sowie § 87 Abs. 2l SGB V (Digitale-Versorgungs-Gesetz - DVG) die Einführung neuer BEMA-Gebühren für - Videosprechstunde, - Videofallkonferenz, - Telekonsil sowie -Technikzuschlag beschlossen.

Welche Videodienstanbieter augenblicklich die Voraussetzungen über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde (§ 291 g Abs. 5 SGB V - Anlage 16 BMV-Z) erfüllen, erfahren Sie auf der Website der KZBV unter nachfolgendem Link:

<https://www.kzbv.de/videosprechstunden-und-videofallkonferenzen.1396.de.html>

Die neuen BEMA-Positionen lauten wie folgt:

VS	Videosprechstunde
VFK	Videofallkonferenz mit an der Versorgung des Versicherten beteiligten Pflege- und Unterstützungspersonen a) bezüglich des Versicherten b) bezüglich jedes weiteren Versicherten in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang
TZ	Technikzuschlag für Videosprechstunde, Videofallkonferenz oder Videokonsil
181 Ksl	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten a) persönlich oder fernmündlich b) im Rahmen eines Telekonsils
182 Ksl	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119 b Abs. 1 SGB V a) persönlich oder fernmündlich b) im Rahmen eines Telekonsils

03 Ziffer 3.	Eine Leistung nach Nr. 03 kann nicht neben Leistungen nach Nrn. 151 bis 173 und nicht neben Leistungen nach Nrn. 55, 56, 61, 62 aus Abschnitt B IV der GOÄ abgerechnet werden.
-----------------	--

(veröffentlicht im Vorstands Rundschreiben Nr. 08/2020 vom 24.09.2020)

7. BEMA-Nrn. IP1 und IP2

Mindestabstand entsprechend der BEMA-Nr. 01 einhalten.

Die BEMA-Nrn. IP1 und IP2 sind einmal je Kalenderhalbjahr abrechenbar, jedoch muss ein Mindestabstand entsprechend der BEMA-Nr. 01 eingehalten werden.

 Fehlerhaft abgerechnete Leistungen werden bei der Abrechnungsprüfung gelöscht.

(veröffentlicht im MSZ Nr. 11/2024 vom 16.10.2024)

8. Nachträgliche Abrechnung

Änderung oder Ergänzung der KCH- und KFO-Abrechnungen sind nur eingeschränkt möglich.

Mit Inkrafttreten des neuen Bundesmantelvertrages – Zahnärzte (BMV-Z) haben sich auch die Regelungen zur nachträglichen Abrechnung von Leistungen insbesondere bei KCH und KFO geändert.

Gemäß § 23 Abs. 5 BMV-Z kann der Vertragszahnarzt seine bei der KZV eingereichte Abrechnung nur solange ergänzen oder ändern, als diese nicht bereits von der KZV an die Krankenkasse weitergeleitet worden ist.

Diese Regelung des BMV-Z bedeutet, dass nachträgliche Änderungen oder Ergänzungen zu einem Behandlungsfall (wie vergessene zahnärztliche Leistungen oder Laborrechnungen) nur noch für die aktuell eingereichte Quartalsabrechnung und auch nur bis zum Abschluss der Abrechnung möglich sind.

Danach ist die nachträgliche Abrechnung von einzelnen Leistungen, auch aus Vorquartalen, ausgeschlossen.

Nicht betroffen von dieser Regelung des BMV-Z sind **ganze Behandlungsfälle** aus Vorquartalen, die noch nicht von der Praxis abgerechnet wurden. Diese können wie bisher auch als Fälle aus einem Vorquartal (sogenannte Altquartalsfälle) abgerechnet werden. Selbstverständlich sind bei der Abrechnung von Altquartalsfällen die geltenden vertraglichen Fristen zu beachten.

Um Honorarverluste zu vermeiden, bitten wir Sie, Ihre Abrechnung vor der Übersendung an die KZV stets auf Vollständigkeit zu kontrollieren.

(veröffentlicht im MSZ Nr. 01/2019 vom 11.03.2019)

9. Versichertennummer im Ersatzverfahren

Übertragung der Versichertennummer im Ersatzverfahren.

Die Übertragung der Versichertennummer von Mitgliedsbescheinigungen (auch vorläufige Versichertennummer ohne Buchstaben) oder von der eGK beim Ersatzverfahren ist dringend erforderlich. Behandlungsfälle ohne Versichertennummer müssen wir zur Ergänzung/Korrektur an Sie zurückgeben.

Ist auf den vorläufigen Mitgliedsbescheinigungen (Anspruchsnachweisen) keine Versichertennummer der Krankenkasse angegeben, vermerken Sie dies bitte bei der Abrechnung unter 'KZV interne Mitteilung'.

(veröffentlicht im MSZ Nr. 08/2022 vom 19.10.2022)

10. Abrechnung Sozialämter und AsylbLG

Vollständige Angaben des Originalbehandlungsscheins

Um Honorarverluste bei der Abrechnung zu vermeiden, bitten wir Sie, folgende Punkte zu beachten:

- Originalzahnbehandlungsschein erforderlich
- Angaben der Personalien einschließlich Geburtsdatum
- Gültigkeitsdauer
- Leistungseinschränkung
- Zustimmungsvorbehalt
- Ausstellungsdatum bzw. Behandlungsbeginn
- Identifikationspiernummer
- Abrechnungstempel und evtl. Unterschrift Zahnärztin/-arzt
- korrekte BKV-Nummer des Sozialamtes
- Originalzahnbehandlungsscheine sind vollständig auszufüllen

Bitte reichen Sie den Originalzahnbehandlungsschein mit der Quartalsabrechnung ein (Abgabeschluss ist der letzte Einreichungstermin).

(veröffentlicht im MSZ Nr. 07/2023 vom 27.07.2023)

11. Vertragszahnärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten, die im Ausland krankenversichert sind

Die Vorgehensweise bei der zahnärztlichen Versorgung (und Abrechnung) von Patientinnen und Patienten, die im Ausland krankenversichert sind, ist immer wieder Gegenstand von Anfragen. Und die Handhabung ist in der Tat nicht so ganz einfach. Wir möchten daher nochmals auf die von der KZBV erstellte Kurzübersicht hinweisen, die das Verfahren in aller Kürze beschreibt.

- ❶ Sie finden die Kurzübersicht „Vertragszahnärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten, die im Ausland krankenversichert sind“ auf der Homepage der KZVS unter:

<https://www.kzv-saarland.de/besondere/personengruppen/auslandsversicherte>

- ❶ Die Vordrucke „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ und „Nationaler Anspruchsnachweis“ stehen ausschließlich elektronisch über Ihr Praxisverwaltungssystem zur Verfügung. **Diese Vordrucke sind nicht über die KZVS erhältlich!**
- ❶ Es ist sehr wichtig, dass Sie die aktuellen Vordrucke verwenden. Sobald Sie andere Vordrucke oder Formulare nutzen, droht ein Regress durch die Krankenkasse: Die Krankenkassen deklarieren diese Fälle dann als Abrechnungsfälle, in denen keine Mitgliedschaft besteht. Und das heißt letztlich: Keine Mitgliedschaft = keine Leistungspflicht der Krankenkasse. Im Ergebnis bleiben Sie damit auf den Kosten der von Ihnen erbrachten zahnärztlichen Leistungen sitzen.
- ❶ Und noch ein Hinweis: Nutzen Sie auch keine evtl. noch vorhandenen Muster 80/81! Diese sind seit mehreren Jahren nicht mehr gültig und werden daher von den Krankenkassen zu Recht nicht als Anspruchsnachweis akzeptiert.

(veröffentlicht im MSZ Nr. 04/2026 vom 21.05.2026)